

Я был отеснен временем, весь материал, имевшийся у меня, я брал уже в редакцию журнала, его нужно было бы оттуда добывать... Я считал это неудобным и вынужден был отказаться от сделанного мне предложения.

Через несколько дней я возвращался в Кирово. Шестой дной плавание прошло совершенно позаметно. На седьмой день, рано утром мы подошли к материке... Шербург... (французский порт и вероятно военная крепость). Стоявший на второй палубе японец старательно фотографировал ее фортификацию. Я подошел к нему познакомиться, он оказался японским военным инженером... Здесь высадились часть пассажиров. Мы пошли в Англию в Суассемитон. Вечером были в Лондоне. Здесь — невероятные сравнения... Лондон... Темно... Газовое освещение где-то поблизости к центру. Масса старых, допотопных домов... Нам, американцам, все это не по вкусу... А Германия, как она бедна, как хустарно здесь много выглядит в сравнении с Америкой... Там действительно вероятно в свое время действовала по принципу: «Я слишком беден, чтоб делать и приобретать дешевые вещи»... Этот принцип ушел в Америку, но там так и построены очевидно в вокзалы, в операционные, и уборные... Клиника San p e r g i s b'a?.. Какой она показалась мне мизерной, как жалко прогнившими в ней попытка ее американизировать... Однако наука здесь в полном порядке...

Еще 6 дней и я был в СССР.

## О подготовке кадра санитарных врачей.

(К вопросу о реформе медобразования).

И. К. Лукьянов.

Если мы утверждаем, что только та медицинская система, которая основана на марксистском учении об органическом единстве теории и практики, науки и жизни, что только охрана здоровья всего коллектива, а не личности, только предупреждение, а не лечение оздоровит класс трудящихся, то необходимо, чтобы были приняты все меры к подготовке работников этого фронта с соответственной идеологией и теми именно типами, которые диктуются самой жизнью.

Здесь уместно поставить вопрос: что дает современный модфак для окончивших его, кого он, в сущности, выпускает вообще? Является ли врачам окончивший модулу? Современный модфак, несмотря на огромную перегрузку, дает лишь общее медицинское, преимущественно теоретическое развитие и окончивший модфак не является врачом, он только потенциально и формально (по диплому) получает гены, которые практика впоследствии оформляет, превращая их в качества признанных врачей. Действительно ли это так, что окончивший модулу при самосовершенствовании и практике имеет возможность и может быть врачом-лечебником общего типа или по той или по другой специальности (специалистом)? Да, это так, т. е. современный модфак дает будущему лечебнику значительные данные, чтобы стать врачом-лечебником общего типа, а именно: теоретическую подготовку, идеологическую установку, общую диагностическую и терапевтическую методику и, главное, прививает специфическое влечение (род модула), которое почти на 100% должно и действительно предопределяет его последующую кристаллизацию во врача-лечебника. Странно слышать, почему молодежь не идет в санврачи? Пять лет все по одному мосту, 3 года в специфической атмосфере патологии человеческого организма, на практике и окружении той же лечебной идеологии, наконец, некоторые материального и морального порядка преимущества, связанные с авторитетом лечащего врача среди населения, — все это «свинца в руки»...

А что такое санврач в сознании только что окончившего модфак? Это — нечто неопределенное, бесформенное, пожалуй даже с врачом мало имеющее общего, скорее милиционер особой квалификации, обзаведший палатки, ларьки, занимающийся канцелярией, а также связанными с этой деятельностью конфликтами грубо-базарного характера. Весь этот «букет», конечно, не по душе идеологически неподготовленному соответственным образом человеку, хотя бы и окончившему модфак. Так ли это? Действительно ли окончивший модулу не подготовлен быть санврачом? На это с чистой совестью на своего 16-летнего врачебного наблюдения и опыта и, опираясь на солидную аргументацию, могу сказать: да, так!

Медфака не дает санитару ни соответствующей установки, ни подготовки (теоретической, методической и практической), ни, что важнее всего, влечения, которое с необходимостью призвания и гражданской ответственности заставило бы его пойти по этому тернистому пути.

Многие студенты так и объясняют нежелание быть санитарным врачом: „Как же это: учился одному, а делать нужно другое, вновь переучиваться — не стоило 5 лет терпеть“. — Это, конечно, не совсем так, это крайность, это болезнь человека, не знающего как следует даже того, о чем он говорит, т. е. неясно представляющего себе именно призв., обязанности, функции, методику и практику санитарно-профилактической деятельности. Но, очевидно, люди, заявляющие подобным образом, имеют за своими утверждениями какую-то базу. Ведь, не даром же за весь период после революции над салорганризацией Дамословым мечом висят и огненными буквами начертано: „нет кадра“. Пятилетка с учетом коллективизации и индустриализации страны потребует их, помимо общего развития дела, дополнительные сотни, а. может быть, и не одну тысячу. Откуда же взять? До настоящего момента осталось традиционное убеждение, что наилучший способ подготовки санитаров, это — по окончании медфака 2—3-летняя работа на участке: жизнь-де, мол, лучшая школа. Да, скажем мы: было время, когда такой исход был лучшим выходом из положения, т. е. никаких иных путей не было, да с них и нельзя было мечтать! Если угодно, — через участок мы и в наст. время можем (в некоторых случаях) формировать кадры. Но этот способ лишь „от противного“, т. е. когда врач убеждается на опыте своей работы во всей бесплодности амбулаторного лечения. Но это было легче раньше, теперь же в связи с расширением диапазона работы участра, созданием лучших условий для нее, возможностью дальнейшей специализации и, привав во внимание профилактику и диспансеризацию лечебного дела, которые буквально „омолаживают“ последнее — едва ли и этот путь можно признать годным. А если и да, то все же он далеко несовершенен, так как „омолаженная леч. медицина становится неотразимой очаровательницей“. Кроме чувства ориентировки, усвоения подхода к населению, опыта по борьбе с эпидемиями и санитарно-гигиенической практики, даже в этот эмпирически проверенный способ культивирования санитарного кадра ничего иного дать не может. Кроме того, за 2—3—4 года вернее всего полученная из медвуза лечебная установка, в силу высказанных мотивов, еще более укреплится и, человек для санорганзации пропадет, что жизнь на каждом шагу и подтверждает. Способы, применявшиеся в последние годы, и именно: стажирование и усовершенствование на специальных курсах. К сожалению, добрая половина кандидатов в стажеры, не получив из медфака правильной установки, и не стажирование по гигиене идет или потому, что не попала на стаж по лечебному циклу, или из-за нежелания ехать сразу в деревню. А были из стажеров мудрецы (личное наше наблюдение), которые умудрились совмещать занятия по санит. дисциплинам с работой в гинекологической или нервной клиниках... Где этиологический момент подобной апатии? Врожденная конституция или внешняя среда? Чтобы быть последовательным диалектически, следует безоговорочно признать, что главный этиологический момент здесь — внешняя среда. Разлагая на основные влияющие элементы эту последнюю, можно считать, что здесь налицо тоже дилемма: или это влияние всей совокупности моментов нашей жизни (семья, традиции окружающего общества, личное впечатление о целесообразности и полезности будущего призвания, более резкие требования самой жизни и т. д.), или — школа. Ничто не будет отрицать, что в нашей жизни сильны традиции мелко-буржуазного порядка, идеологии ремесленной практичности, полезности. Да, они настолько еще сильны, а школа так бессильна, что страна не может еще до сих пор иметь полный кадр «идеологически выдержанных и методически подготовленных санитаров».

Практика последних лет показала, что и путем курсов санорганзации дополняется лишь частично и в качественном отношении несовершенно. Методически этот путь до настоящего времени был все же, пожалуй, самым наилучшим, организационно же — неправильным, т. е. не разрешал всей проблемы подготовки специалистов. О курсах усовершенствования можно сказать лишь то, что они, ведь, рассчитаны на обслуживанию уже имеющих санитаров, или участра, желающих перейти в санорганзацию. Первые не в счет, а вторых, поскольку и могу судить по курсам НКЗ РСФСР, — единицы.

Может быть, была бы удовлетворительной американская система: сокращенный, ундо-прикисительный для целей санорганзации курс медфака с последующим 2-летним усовершенствованием в специальном санитарном институте и одно-



годичным стажем при соответственном санупреждении? Этот путь хорош, да, ведь желающих-то нет кроме тех, которые уже на санитарном работают. А, ведь, речь идет о новых кадрах именно на смену и в дополнение к существующим. Эта система, действительно, целесообразна в том случае, когда поднимается речь (а это будет теперь же, немедленно.—жизнь этого требует, партия ставит задачи, которые не будут под силу неподготовленным кадрам) о переподготовке существующих кадров санитаров в целях их усовершенствования и дальнейшей специализации. Эта система будет годна также и для выработки специалистов—будущих санитаров, окончивших сан-профилактический Вуз (о чем речь будет дальше).

Повидимому, «кризис санитарии»—заколдованный круг, это—сложная проблема, зависящая, конечно, не от одного только момента—медицинская и соответственной подготовки, а еще и от других причин. Вконец всего мы здесь имеем дело со многими неизвестными, подлинное лицо которых при внимательном и подробном анализе, все же может быть уже и теперь обнаружено. Прежде всего здесь необходимо сказать несколько слов о так наз. традиционном взгляде, унаследованном в массе населения до настоящего времени, да, кстати, не вполне выветрившемся еще и из психологии привлекательной массы,—это то, что «кто не лечит-тот не врач». Многие молодые врачи прямо указывают, что больно потерять репутацию врача и связанную с ним авторитетность есть одна из причин нежелания работать на этом поприще.

В действительности санитар, конечно, конкретно для индивидуума не является врачом, да и по существу, ведь, это скорее «вижельор» охраны народного здоровья. Последнее звание также почетно, но дело-то в том, что санитар как раз пока сидит между двух стульев: фактически, значит, ни ила, ни порога.—Мне могут возразить, что звание санитаря всегда было почетным, авторитетным, что туда шли «избранники», лучшие и т. д.. Да, так было, а теперь идет то, кому некуда деваться, «неудачники лечебной карьеры», за помощью исключенным, как-то: военным, администраторам и тем санитарам, которые пошли по призванию. Этот взгляд широко распространен и в стенах медвузов и в среде практических лечебников. И начало греха таить, есть здесь и доля правды.

Не говоря уже о рядовых санитарях, даже академическо-преподавательский персонал Вузов болезненно чувствует все пробалы и дефекты своей подготовки по старой системе. Эта система в лучшем случае выпускала или кабинетных лаборантов, переродившихся из врачей и химиков (экспериментальная гигиена), или комплектовала представителей социальной гигиены из кадров старых санитарных врачей-общественников и организаторов. У первых не могла не страдать компетенция в области общественных наук и чисто санитарно-технической части, а отсюда вытекало последствие: 1) неустойчивость в установке всей работы согласно с духом времени (марксизм, ленинизм и медицина), 2) слабый авторитет общей гигиены в вопросах, связанных с техникой и 3) неуклонное падение уд. веса с точки зрения общественной по сравнению с дочерними науками: социальной и профессиональной гигиены. Это положение привело к тому, что экспериментальная гигиена и ее представители замкнулись в 4 стенах лаборатории, а слабая бактериологическая подготовка почти целиком передала область эпидемиологии в руки микробиологов, что с нашей точки зрения неправильно. Подготовка социал-гигиенистов страдает с методологической точки зрения, так как, несомненно, что, наряду с антропометрией и статистикой, соц. гигиенист должен владеть и техникой элементарного санитарного анализа. Всего этого современный медфак не дает и лада, посвятившие себя соц. гигиене, вынуждены доучиваться для Вустарю, или в соответств. Санит. институтах.

Едва ли даже можно считать целесообразным разное отделение социальной и экспериментальной гигиены в виде создания отдельных Институтах; эти две области д. б. неразрывно-перивагентной связи, что будет только полезно и в научном, и в педагогич. (подготовка специалистов), и в практическом отношениях, т. к. они, ведь, в сущности лишь дополняют друг друга, имея один и тот же предмет: охранение условий внешней среды. Должны дифференцироваться только специалисты и кафедры Вузов, но не учреждения научно-исследов. или научно-практич. типа. Этот вопрос задает много лишь попутно, т. к. подготовка преподав. гигиен. дисциплин высшей школы вопрос меньшего калитра по сравнению с подготовкой всего санит. кадра.

Одним из важнейших явлений этиологической цепи «кризиса санитарных кадров» является также недостаточная их материальная обеспеченность, о чем уже писалось не раз (статья Мехоношина, Рудольф, А. Н. Смирнов и др.).

Но еще гораздо более важным моментом с нашей точки зрения нужно считать то обстоятельство, что санитар на участке и в уездном масштабе не имеет базы для своей работы, не имеет той обстановки, которая позволила бы ему на 100% применять свои познания (если он соответственно подготовлен) и одновременно с максимальным результатом выполнять свои функции. В качестве обстановки должны быть лаборатории в отдельном помещении, где он мог бы спокойно работать, и транспорт. Иначе этого нет, будет «неудовлетворенность», будет утечка из организации, санитары вынуждены будут декалфицироваться как в специально-санитарном, так и в обще-медицинском отношении, а в худшем случае сплываться до чеховских типов—все это, конечно, улучшению дела пополнения санитарных кадров нанесет сильнейший удар.

Интересный опыт Украины, проводившей со старших курсов медфака уланы, еще так собственно невозможен, что, пожалуй, преждевременно, как это и теперь сплошь и рядом приходится слышать, говорить о провале всей системы. Во всяком случае эта постановка вопроса ближе всего к тому, что надо сделать. А сделать с вопросом подготовки санитаров что-то нужно, сделать немедленно, иначе будет поздно, т. е. и те, которые «танут лягу», начинают задыхаться, а, глядя на них, новые любители этого особого рода врачебного самоубийства, по-видимому, будет все меньше и меньше.

Когда речь идет о подготовке кадров санитаров, то нельзя здесь впадать в шаблоны, нельзя упрощать вопрос до схемы, до вывешивания всей массы санитаров «под одну гребенку». Проблема сложнее, чем это думают «унитаристы» и «дуалисты», причем под унитаризмом мы разумеем такое настроение врачебной массы, когда высказываются пожелания в смысле оставления медфака *in status quo*, т. е. речь идет о том, что медфак должен давать лишь общую медицинскую подготовку, после чего одни идут направо, напр., по лечебному руслу, другие налево—по санитарному. Частично выше мы уже высказались о нецелесообразности этой точки зрения. Теперь же добавим, что именно такая установка и привела к «кризису» и неизбежно заплатыми доплатного характера дела не поправится. Для профилактики и воспитания медвузов в духе подготовки себя к санитарной работе одного увеличения часов по гигиеническим дисциплинам недостаточно, т. е. оно не сможет противостоять яду живой работы в клиниках, у постели больного и т. д. Тут нужно смотреть «в корень» и, найдя его, подробно проанализировать, каков он, адрен ли, даст ли он то плодоносное дерево, которое нужно, или нет; во втором случае—не лучше ли, чем заниматься «смололуживанием» или искусственной «прививкой» отдельных ветвей, сразу взять новый «корень», более координированный с той почвой, климатом и теми требованиями к его плодам, которые существуют у потребителя, т. е. государства и населения?

Более правильно, хотя и резко ставит вопрос «дуалисты». Под дуализмом мы обозначаем такое направление мысли некоторых руководителей гигиенических кафедр высшей школы (в том числе и автора этой статьи) о полном разделении медфака на 2 факультета: 1) лечебно-профилактический и 2) санитарно-технический. Есть ли основания для такой постановки вопроса? Да, есть, и очень веские.

По роду своей деятельности санитары общаются с населением (о дифференциации их по городу, селу, по специальности и др. признакам будет сказано ниже) безусловно нуждаются в следующих дисциплинах, которые или отсутствуют, или изучаются теперь на медфаках в слишком узких для санитаров пределах: высшая математика, как основа статистики и технических наук в пределах программы технич. вузов; химия в пределах химфаков, бактериология с микробиологией; естественно-технические науки, как-то: основы архитектуры, благоустройство населенных мест, санит. гидротехника, техника заготовления, хранения и распределения пищевых средств и антропология (сокращенно и практически); общеполитические: статистика, полит-экономика, экономполитика, исторический и диалектический материализм в рамках программы комвузов; гигиенические дисциплины в виде отдельных кафедр: а) социальная гигиена с доцентурой по санпросвещению и санитарному просвещению; б) профессиональная, в) труда и охраны труда, г) физкультуры, д) гигиены с доцентурой по генетике, е) диететике с доцентурой по обществу, питанию и физиологии питания, ж) административная гигиена с доцентурой по планированию здравоохранения, з) военная, и) школьная с доцентурой по педагогике, к) гигиена матери и младенца, л) коммунальная гигиена и м) учение о дезинфекции, дезинсеции и дератизации.

В основном весь этот джек дисциплин совершенно необходим для подготовки общесанитарного врача. Само собой разумеется, что теперь, более чем когда-



либо, наступила пора для более узкой специализации, поэтому и в программе санитарно-технического факультета должны быть выделены основные специальности с акцентацией на соответствующих дисциплинах. Что же касается общемедицинских наук, то для сан-техфакультета, например, можно считать возможным ограничиться прохождением сокращенных курсов: анатомии, физиологии (по программе медфака), диагностики, общей патологии, инфекционных болезней (с обращением особого внимания на соц.-бытовые), важнейшие профессиональные и неотложная скорая помощь. Некоторые считают необходимым добавить также патологию, инфекционные и профболезни, но это уже, по моему мнению, «перегиб»!

Само собой разумеется, что позволительно будет задать вопрос: кого же будет выпускать этот санфака? — врачей или санитарных инженеров? Дело, конечно, не в названии, а в сущности, в необходимости такой реформы, ее живучести, ее практической (сегодня же или в течение пятилетки) выполнимости. Поскольку основная цель санфака — дать работникам высокой квалификации по охране здоровья населения, по улучшению социальных и внешних природных условий среды обитания и основным задачам профилактически-гигиенического характера, постольку окончательное, как переформированная смена теперешнего ядра санврачей, также должны называться санврачами. В действительности санврачи, как известно, в настоящее время отсутствуют элемент производительности и преобладают, преимущественно, контрольные функции. Многие врачи-практики указывают, что здесь-то и кроется основной недостаток подвижной системы. Дело в том, что в функции санврача и в будущем, как важнейший и необходимый элемент, должен будет входить контроль за бытом, благоустройством населенных мест, питанием, охраной и нормированием труда (рабочей и умственной), водоснабжением, эпидемиями, школьной санитарией. Кроме того, санврач по сути своей является и должен быть организатором, общественным работником, статистиком, администратором и планирующим органом здравоохранения.

Выполнение этих сложных и ответственных функций и обязанностей ставит санврача в роль контролера, с одной стороны, специалистов-хозяйственников и инженеров, а, с другой, и лечащих врачей. Спрашивается: сможет ли он выполнять все вышеперечисленные задания, имея по цензу подготовку ниже в техническом отношении рядового инженера, а в медицинском обычного рядового лечащего врача? На это можно дать лишь один ответ: да, сможет! В этом нет никаких сомнений и осповности. Уже если современные санврачи осуществляют санконтроль над специалистами-инженерами (планировка застроек, выработка планов админий, проверка водоснабжения и т. д.), то, конечно, будущий санврач в составе будет это делать. По крайней мере, он будет в достаточной мере понимать те явления, контроль над которыми будет осуществлять и с медицинской, и технической точек зрения и, если не сможет оказать помощь при родах (что как индивидуальное и не имеет для его обязанностей прямого назначения) или не построит админий, то зато сумеет составить и проверить проект нормально-админий админий, поставит статистику, направит деятельность лечебницы по правильному профилактическому руслу и т. д., т. е. сделает все с практической-методической стороны, что от него и требуется. А в этом и заключается санврача — как врач коллектива, как «инженера медицины», работающего над улучшением условий жизни, быта и труда рабочего класса. Санитарно-технические функции при условии темпа индустриализации и коллективизации сельского хозяйства еще более увеличатся и не приходится сомневаться, что не только в сан-профилактических, но и в лечебных дисциплинах должна будет произойти более узкая специализация. Мы глубоко убеждены, что такого санврача, образованного в технич. и полит. отношениях скоро потребует не только большой город, округ, район сплошной индустриализации, но и районы сплошной коллективизации сел, хозяйства.

Во всяком случае, теперешняя система и программа медфака не совсем целесообразна, т. е. теоретична, академична, распылена, оторвана от жизни, слишком универсальна. Нужно побольше практики, специализации. В настоящий момент не только нужны санврачи общего типа, у нас слабо обстоит дело, как об этом говорилось уже выше, и с кадром преподавателей гигиенических дисциплин на медфаке и с санврачами-специалистами. Как могут гигиенические дисциплины завоевать себе авторитет и подобающее место, если около половины всех кафедр экспериментальной гигиены пустует или замещается малокомпетентными лицами других специальностей, напр. социальной гигиены и т. д.? Мне кажется, что возмещенность этих кафедр зависит не от недостатка кандидатов, а от малой заинтересованности или от неинтереса университетов и этому большому вопросу.

Может быть, действительно, было бы своевременным передать все дело медицинского образования в НКЗ, т. к. это дело очень близко затрагивает его интересы и от него отчасти зависит разрешение вопроса о санврачах.

Такую передачу медфаков и дела медобразования в ведение Наркомздрава необходимо провести по примеру передачи ВСНХ технических вузов и дела технического образования. Будет ли это правильным в смысле производственного принципа, в смысле методическом, а именно, с точки зрения интересов дела, которые должны быть, конечно, поставлены во главу угла, не нарушится ли стройность всей наркомпроектной системы, ее равновесие, не будет ли «уклонов» от общего плана нашей системы воспитания?

Стройность и единство наркомпроектной системы уже нарушены, связь с производством, конечно, на стороне НКЗ, общие принципы воспитания и образования даны партией и в равной мере обязательны для всех ведомств. Что же касается методических сторон дела, то этот вопрос, как известно, подлежит компетенции Гус'а. А Гус по существу и теперь представляет из себя не что-либо многократно-рожденное одним Наркомпросом, а комплекс, и беды большой не будет, если секция медобразования сидит в своих собственных наркомздравских салях, подымет ближе родным воздухом, вплотную подойдет к своей стихии. Может быть, действительно, так будет лучше; мне, именно, кажется, что пора медсекции начать вырабатывать свою методику подготовки кадров работников охраны народного здоровья не только теоретически, а с проверкой ее на практике, что теперь, очевидно, связано с большими затруднениями.

Создание особого сан-технического факультета (или отделения) имеет за собой еще один серьезный аргумент. При теперешней системе общего медобразования как для санитаров, так и для врачей имеется общий лабиринт: переход из одной сферы работы в другую. Фактически же в силу высказанных выше причин и оснований эта факультетная возможность permanently используется лишь санитарями: при создании же санфака эта возможность сойдет. Могут возразить, что это нецелесообразно, т. к. тогда врач-лечебник, понимая или перенеся наперед свой свое призвание в сан. деятельность, — уже не сможет быть использованным? Это возражение не кажется для меня важным, ведь, если по призванию пойдет на санфак и лечфак большинство, то меньшинству легче найти исход. Кроме того, СССР пока еще так богат, чтобы удовлетворять в этом вопросе всех и каждого на все 100%. Если же окажется появившихся по призванию большинство, то значит, надо будет создать гарантии, чтобы этого не было, а именно, более серьезную постановку профотбора и т. д. Впрочем, это уже общий вопрос не только для одних врачей и потому останавливаться на нем здесь подробно не место.

Теперь остается сказать несколько слов еще о специализации санитаров. В настоящее время такая специализация вырабатывается двумя путями: или путем оставления на долгий срок при соответствующих гигиенических кафедрах (аспирантура и мединститутах), или кустарно-практическим способом в порядке избирательности или последующего самоусовершенствования (усовершенствования на кратковременных курсах, конечно, специалиста дать не может), в порядке практической работы избранной санит. специальности (коммунальной, пищевой, санитарной, инспектор труда и профгигиены, санпросветчик, школьно-санитарный, факкультетный, администратор-плановый, жилищный и т. д.). В достаточной ли мере удовлетворяют эти оба способа требованиям жизни? Очевидно, нет. Если 1-й способ теоретически и хорош, то, к сожалению, им немногие могут пользоваться, а 2-й способ можно назвать «добровольным мученичеством», которое в результате все же удовлетворить не может, т. к. действительно, трудно мастеру-практику начинать с азов, чтобы перерости практика-инженера, который правильно, четко и вовремя получает все основные предпосылки для дальнейшего своего развития. Не в обиду говорится это санитарам-практикам, а ради исправления того зловещего дефекта, — отсутствия школы, который каждым из них живо чувствуется, что и находят свое отражение в «неудовлетворенности» и т. п. Конечно, есть санитары-практики, которые героическими усилиями и на попрание своей деятельности достигают высшей академической степени, но это единицы, а мы говорим о массе, о всем санколлективе.

Позвоительно спросить: даст ли санфак общего санврача или специалиста? Санфак даст, как это любят повторять теперь о медфаке, не санврача, а только наладит, вооруженного «до зубов» для своей дальнейшей кристаллизации в санврача всем необходимым, как теперь вооружает медфак будущего врача-лечебника. — Что же касается специализации, то это уже более легкий вопрос:



несомненно, после санфака специалисту будет необходимо 2—3 года дальнейшего пребывания при соответствии кафедр, институтам и т. д., т. е. продолжать путь общий для выработки любой категории специалистов. Кроме теоретической подготовки здесь важнейшим определяющим моментом является и практика-опыт. Во всяком случае санитар, прошедший санфак и соответствующую практику, будет ближе к своему назначению, хотя бы даже в роли администратора-главврача лечебно-заведения. На это обстоятельство органам здравоохранения не мешало бы уже обратить серьезное внимание, если они действительно хотят направить лечебную медицину по пути общественности, профилактики и диспансеризации, если они заинтересованы в строителстве, правильной постановке курортно-санитарного и больничного дела, в научном постановленном статистическом учете и т. д.

Последний вопрос, на котором следует остановиться внимание, это о том, кто же и как будет профилактизировать понятием учащихся в санфаке? Очевидно, что гигиенические дисциплины должны остаться в их программе в том же объеме, как и теперь, направив свое внимание на возможно тесное сотрудничество с клиниками, особенно так наз. профилактическими, как венерология и др. Впрочем, чисто-академических лечебных дисциплин теперь уже и не должно быть постольку, поскольку акцент в этиологии каждой клинической науки падает на социальную патологию. Всякий самый таинственный клиницист вынужден быть одновременно также и соц. патологом. Часть дисциплин, помимо социальных, эпидемических, венерических болезней, должны будут теперь же полностью перейти на диспансерные формы и методы работы (напр., гинекология, детские и глазные болезни, психиатрия и невропатология), так что область соц. патологии, особенно частной из компетенции соц. гигиены должна будет обойти к этим дисциплинам под общим контролем гигиенистов. Прав тот. Коновалов, когда он говорит, что кафедры гигиены должны обрести лаборатории, клиники и пр. вспомогательными учреждениями, но, конечно, клиниками исследовательского типа, изучающими лишь влияние внешней среды и профвредностей труда на организм. В дополнение к мнению тов. Коновалова я выдвигаю другой тезис, а именно: пора клиническим кафедрам по патологии организма обзавестись кабинетами, лабораториями и специалистами по социальной и профессиональной патологии. Гигиенист же клиницистом и лечебником, конечно, быть не может. Другое дело, что лечебник обязательно должен быть профилактиком, но тоже не санитаром.

Есть в общих чертах те особенно наболевшие вопросы, которые, мне кажется, своевременно поставить на обсуждение всей широкой массы врачей, как лечебных, так в особенности санитарных, а равно административных аппаратов здравоохранения и наркомпросов.

#### IV Всесоюзное совещание Научно-консультативных бюро (НКБ).

М. С. Лифшиц.

В конце декабря 1929 г. в Москве состоялось IV Всесоюзное совещание Научно-консультативных бюро (НКБ) Союза Медсантруд, посвященное вопросам изучения профвредностей медицинского труда. Из отчетных докладов НКБ Москвы, Ленинграда, Харькова и других городов выяснилось, что, несмотря на скудость материальных средств, ими проделана довольно значительная работа и накоплен большой научный материал в области изучения профпатологии и профгигиены медицинского труда. Работа НКБ в последний год, как и раньше, носила научно-практический характер и была сосредоточена преимущественно на следующих вопросах: 1) исследование труда и здоровья медработников курортов, мест заключения, аэродромов, акушеров, ветработников, эпидемических работников и др.; 2) изучение заражаемости, травматизма и инвалидности; 3) научное обследование норм нагрузки отдельных категорий; 4) разработка санитарно-гигиенических норм лечебных учреждений и др. Результатом работы НКБ явилось проведение в жизни целого ряда мероприятий, как-то: расширение прав и льгот работников психозаболелых, мест заключения, светоклабнетов и т. д.

Из заслушанных совещанием научных докладов следует отметить сообщение о профвредностях труда на Магистральском курорте (Рост. брасс. ин-т труда), где докладчиком приведены результаты изучения условий труда и здоровья вахшиц